

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 127

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

A TYPE DE

NÉOPLASME GASTRIQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 28 Juin 1922

PAR

Mohamed Hussein SEDKY

Né le 28 Novembre 1888, au Caire (Égypte)



LYON

IMPRIMERIE L. BASCOU

42-41, Rue Sala, 42-14

—
Juin 1922

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

A TYPE DE

NÉOPLASME GASTRIQUE

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 127

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

A TYPE DE

NÉOPLASME GASTRIQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 28 Juin 1922

PAR

Mohamed Hussein SEDKY

Né le 28 Novembre 1888, au Caire (Egypte)



LYON

IMPRIMERIE L. BASCOU

42-44, Rue Sala, 42-44

—
Juin 1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire : M. HUGOUNENQ

Doyen MM. J. LEPINE.

Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		BÉRARD.
Clinique neurologique et psychiatrique.		COMMANDEUR,
Clinique des maladies des enfants.		ROLLET,
Clinique des maladies des femmes.		NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.		LÉPINE (J).
Clinique des maladies des voies urinaires.		WEILL.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		POLLOSSON (A).
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		LANNOIS.
Chimie biologique et médicale.		ROCHET.
Chimie organique et Toxicologie		NOVÉ JOSSERAND
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Histologie.		MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne.		LATARJET.
Pathologie et Thérapeutiques générales		POLICARD.
Anatomie pathologique		DOYON.
Chirurgie opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.		MOURIQUAND.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		VILLARD,
Thérapeutique, Hydrologie et Climatologie.		ARLOING (F.)
Pharmacologie		MARTIN (Etienne).
		COURMONT (P.).
		PIC.
		FLORENCE (A.).

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'nn cours de	Pathologie externe	VALLAS.
—	Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
—	Chimie minérale	BARRAL,
—	Urologie	GAYET,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL,
Botanique	BRETIN,
Embryologie.	HOVELACQUE
Orthopédie	LARHYENNE
Puériculture et Hygiène de la première enfance	CHATIN
Stomatologie.	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM	MM.
NOGIER	GARIN	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
THÉVENOT (Léon)	THÉVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIÉRY	FLORENCE (G.)	BONNET
CADE	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des fonctions

M. BAYLE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COLLET, *Président* ; CADE, *Assesseur* ;
MM. THÉVENOT (Lucien) et FROMENT, *Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A MES ONCLES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLET

Professeur de Pathologie interne à la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin des Hôpitaux

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous
a fait en acceptant la présidence de notre
thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADE

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a donné l'idée de ce travail, auquel il
a beaucoup contribué personnellement et nous
a heureusement guidé dans notre étude. Nous
lui devons une profonde reconnaissance pour
les soins si éclairés qu'il nous a prodigués.

Nous ne saurions trop le remercier de la
grande bienveillance dont il a fait preuve à
notre égard et nous le prions d'accepter l'hom-
mage de notre respectueuse gratitude.

A MES MAÎTRES

de la Faculté et des Hôpitaux

A MES JUGES

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

A TYPE DE

NÉOPLASME GASTRIQUE

INTRODUCTION

Le cancer de l'œsophage qui, depuis quelques années, — partageant en cela le triste privilège de toutes les tumeurs malignes — paraît augmenter notablement de fréquence, n'a pas une symptomatologie uniforme : on pourrait croire que, lorsqu'un néoplasme prend naissance dans cet étroit canal, il doit manifester immédiatement sa présence par de la gêne survenant lors du passage des aliments, et c'est bien là, en effet, le cas le plus habituel, puisque sur 134 observations étudiées dans sa thèse, Lamy en signale une seule où la dysphagie demeura totalement et constamment absente ; et, dans la majorité des cas, le tableau clinique est, à la vérité, assez schématique, caractérisé par une dysphagie progressive (bien que le début puisse être brusque sous l'influence d'un spasme) s'accompagnant de régurgitations, puis de vomissements à type œsophagien : et c'est bien là le symptôme essentiel car les douleurs sont inconstantes, les autres signes fonctionnels effacés ou tardifs, et la cachexie elle-même,

qui permet si souvent de porter un diagnostic précoce de tumeur maligne, est ici davantage fonction de la dénutrition que de l'intoxication cancéreuse.

Mais, à côté de cette forme classique commune, on a pu décrire des formes dans lesquelles les signes médiastinaux ou les signes d'irritation, de compression, d'envahissement des organes voisins précèdent ces symptômes œsophagiens ou peuvent même prendre leur place ; et c'est ainsi que, dans une thèse récente, Bonnard a distingué parmi ces manifestations anormales du cancer de l'œsophage :

1° Des formes pleuro-pulmonaires (quatre observations dont une de MM. Cade et Revol, 1903) simulant soit une tuberculose avec fièvre, hémoptysies, pneumothorax, soit un emphysème avec poussées bronchitiques, soit une affection pulmonaire aiguë mal déterminée ;

2° Une forme laryngée due en général à une paralysie récurrentielle ;

3° Des formes cachectiques dans lesquelles il n'existe ni dysphagie ni signes médiastinaux et qui se manifestent par une métastase ou même seulement par une cachexie cancéreuse sans que l'on puisse préciser quel est l'organe lésé. On s'est basé sur cette atteinte profonde de l'état général coïncidant dans plusieurs cas avec des troubles gastriques pour isoler une forme dans laquelle la clinique seule imposerait le diagnostic de néoplasme gastrique.

[Certes, il n'est pas rare de voir « s'imbriquer », pour ainsi dire, des symptômes gastriques et des symptômes œsophagiens : le cancer de l'estomac s'accompagne fréquemment de troubles de la déglutition qui peuvent parfois prendre une importance telle qu'ils dominent toute

la scène. Avec M. Bouchut qui a étudié dans un article récent « La forme œsophagienne du cancer de l'estomac », on peut distinguer deux formes :

1° Une *forme réflexe* qui se caractérise par une sensation d'arrêt du bol alimentaire dont l'ingestion détermine des douleurs rétro-sternales sans qu'il existe aucun signe gastrique, douleur épigastrique, vomissement ou tumeur : le diagnostic se fait par la radioscopie qui montre un spasme au niveau du cardia et une image lacunaire précisant le siège qu'occupe la tumeur dans l'estomac, celui-ci étant d'ailleurs tout à fait variable et indépendant de l'apparition de cette sténose fonctionnelle.

2° Une *forme mécanique* dans laquelle la dysphagie s'explique facilement par des lésions anatomiques qui peuvent être, dans l'ordre décroissant de fréquence :

a) *Un cancer localisé ou propagé au cardia.*

b) *Un cancer diffus à type de squirrhe atrophique ou de linite plastique* qui se manifeste cliniquement par des vomissements précoces, incessants, se reproduisant immédiatement après l'ingestion des aliments dont la déglutition est parfois douloureuse, par une dysphagie progressive pour les solides puis pour les liquides, bien que le cathétérisme œsophagien demeure absolument libre. Mais comme l'a fait remarquer M. le professeur agrégé Cade, dans un article sur les *Symptômes œsophagiens et périaésophagiens dans le cancer de l'estomac et dans la linite plastique*, ces phénomènes ne sont pas dus uniquement à la réduction de la capacité gastrique, mais, dans certains cas, réellement aussi à un obstacle mécanique dû à l'envahissement de la petite courbure et des ganglions adjacents jusqu'au cardia qui est oblitéré en partie,

c) *Un vaste cancer végétant*, non rétractile, dont les énormes bourgeons remplissent la cavité gastrique.

Mais si ces phénomènes sont bien connus et d'une fréquence relativement grande, il n'en est pas de même des cas que nous désirons étudier dans ce travail et qui se caractérisent, à l'inverse de ceux-là, par des lésions œsophagiennes et une symptomatologie gastrique.

Nous devons à la bienveillance de M. le professeur agrégé Cade trois observations recueillies dans son service de l'Hôtel-Dieu, qui servent de base à notre étude des *Cancers de l'œsophage à type de néoplasme gastrique*. Nous pensons devoir diviser celle-ci en deux parties comprenant :

1° L'une : les formes à début gastrique et à dysphagie tardive ;

2° L'autre : les formes sans dysphagie, à type purement gastrique.

Peut-être cette distinction est-elle trop schématique dans certains cas : nous avons des observations dans lesquelles la dysphagie n'apparut qu'une semaine avant la mort, faisant réformer le diagnostic « in extremis » ; nous avons cependant pensé que la clarté de notre exposé justifiait le maintien de ces deux variétés.

Enfin, pour délimiter nettement notre sujet, nous éliminons les cas — moins fréquents sans doute que ne le disait Gangolphe — où il y a coexistence de deux cancers, l'un œsophagien, l'autre gastrique, sans qu'il y ait continuité entre eux : y a-t-il simple concomitance ou véritable greffe ? C'est là un point que nous n'avons pas à aborder ici.

ETUDE CLINIQUE

I. — Cancers de l'œsophage à début gastrique et à dysphagie tardive

Nous allons étudier dans ce chapitre les cas où un des troubles gastriques précède pendant plusieurs mois la dysphagie et les regurgitations symptomatiques d'une sténose œsophagienne.

OBSERVATION I

(*Inédite*)

(Due à l'obligeance de M. le docteur CADE)

T... Pierre, âgé de 69 ans, entre dans notre service le 1^{er} décembre 1921. C'est un ancien éthylique qui présente, depuis près de quarante ans, des signes de bronchite. Mal nourri depuis deux ans, il a commencé à maigrir il y a trois mois et à perdre ses forces.

A l'entrée, nous le trouvons asthénisé et amaigri. Il tousse beaucoup et accuse, par intermittence, de la dyspnée.

A l'auscultation, nous relevons, surtout à droite, des signes d'emphysème avec bronchite ; ces signes sont assez marqués aux sommets, et nous orientent vers le diagnostic de bacillose fibreuse. En outre, le malade raconte qu'il vomissait, au début de l'affection actuelle, tout de suite après avoir mangé. Il ne vomit plus, mais souffre tout de suite après les

repas. Le foie paraît un peu augmenté de volume et douloureux.

A la radioscopie, la base droite est grise ; l'hémiaphragme droit est horizontal et mal visible. Les sommets sont gris. Le foie est gros. L'estomac, par contre, est petit. Pas d'hémorragies occultes fécales.

A partir du 19 décembre, le malade présente des vomissements répétés, survenant immédiatement après l'ingestion alimentaire. Le lait cependant passe bien.

Soupçonnant une sténose œsophagienne, nous pratiquons un nouvel examen radiologique, et nous constatons un arrêt très net de la bouillie barytée au niveau de la bifurcation trachéale. Le conduit œsophagien est très étroit sur une longueur de 7 à 8 centimètres.

Le malade se cachectise lentement.

Un nouvel examen des matières donne les réactions du sang.

En mars, le malade accuse des douleurs vives dans l'hypochondre droit.

Nous trouvons un foie gros, débordant de trois tracers de doigt le rebord costal; il est dur et un peu irrégulier.

Le décès se produit le 2 avril.

A l'autopsie : Induration de la paroi œsophagienne au niveau de la bifurcation trachéale. Cette infiltration est très adhérente au conduit aérifère. Il s'agit d'un néoplasme en virole, peu sténosant, plus développé sur la face antérieure du canal et revêtant ainsi l'aspect en chaton de bague.

Cet anneau cancéreux est, en avant, le siège d'une ulcération très limitée, profonde, mais non perforante.

Le foie est très gros, pèse 2 k. 600. Il est bourré de noyaux néoplasiques dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une noix.

Pas de lésions gastriques.

Les bases pulmonaires sont congestionnées.

Les sommets offrent un aspect emphysémateux. Des adhérences très serrées soudent la plèvre au sommet du poumon droit. Le cœur, mou, flasque, est le siège d'une symphyse péricardique serrée,

OBSERVATION II

MARCOU (*In Thèse de LEGENDRE*)

Femme de 46 ans, cuisinière. *Entre à l'hôpital avec le diagnostic de cancer d'estomac.* En effet, depuis huit mois, elle souffre de douleurs gastriques, des vomissements alimentaires et a présenté une petite hématomèse.

À l'entrée, la malade est encore d'une santé florissante, tous les organes sont sains, il n'y a pas trace de cachexie cancéreuse. *Pas de dysphagie.*

La première impression de Marcou fut celle d'une gastrite hyperpeptique, mais le cathétérisme montra un obstacle à 30 centimètres qui se laissa forcer, et l'olive dégageait une odeur repoussante de sphacèle et était recouverte de débris sanguinolents.

Examen du suc gastrique. — Acidité presque nulle due à l'acide lactique. Pas d'acide chlorhydrique.

Le chimisme ressemble donc tout à fait à celui d'un cancer gastrique; n'était l'obstacle œsophagien, on se rallierait à ce diagnostic. Les jours suivants, sous l'influence du repos, du régime et des gouttes de teinture de belladone, la déglutition devient plus facile encore; les vomissements cessèrent.

Pendant un mois, l'état de la malade ne s'aggrave pas trop, la cachexie survient lentement; subitement après deux petites hématomèses, elle meurt dans son lit.

Autopsie : Rupture totale de l'œsophage cancéreux : les bords sont éloignés d'une distance de 10 cm.; la rupture s'est faite en plein tissu cancéreux, il n'y a pas d'obstruction de la lumière de l'œsophage.

Le cancer est plat, ulcéré sur toute sa surface.

L'ulcération cancéreuse commence à l'union du 1/3 supérieur avec le 1/3 moyen et contenue jusqu'à 1 cm. du cardia. Elle est donc très étendue, ayant envahie les 2/3 inférieurs de l'œsophage aboutissant presque au cardia, mais ne l'atteignant cependant pas.

L'estomac, rempli de deux litres de sang, présente une muqueuse lisse extrêmement mince, atrophique, sans ride, sans orifices glandulaires, sans la moindre ulcération.

Envahissement du médiastin et de deux poumons ; métastase dans le rein droit.

Examen histologique de la muqueuse gastrique : Atrophie totale de la muqueuse ; absence presque totale de glandes ou glandes irrégulières et petites ; beaucoup de cellules muqueuses. La trame conjonctive n'est pas épaissie, l'infiltration leucocytaire n'est pas considérable ; il y a donc gastrite atrophique, ce qui explique l'absence d'acide chlorhydrique.

OBSERVATION III

LAMY (Thèse de Paris, 1910)

M..., âgé de 61 ans. Il y a seize mois, le malade a commencé à souffrir environ une heure après le repas. Ces douleurs, vagues, sans caractère précis, duraient une heure ou une heure et demie. Dès cette époque, perte d'appétit, dégoût électif pour la viande. *Pendant quatre mois, état stationnaire marqué par ces seules douleurs gastriques.* Puis il éprouve une certaine gêne à la déglutition ; il est obligé, peu à peu, de supprimer de son alimentation toute nourriture solide. Quatre mois après, le pain, la viande, les purées de légumes même ne sont plus tolérées.

Depuis trois mois, salivation continuelle.

Il entre à l'hôpital : toute nourriture solide ou liquide est rejetée.

Examen : Râles sous-crépitaux en arrière aux deux sommets. Crachats purulents dans lesquels on trouve des bacilles de Koch.

La palpation de l'estomac est négative.

Mort un mois après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Poumons : infiltration tuberculeuse diffuse. Cavernules aux deux sommets.

Œsophage : Cancer du cardia permettant à peine le passage du petit doigt, s'étendant en haut, en surface jusque vers le milieu de l'œsophage, s'arrêtant en bas nettement, à l'entrée de l'estomac.

Estomac distendu, parois très minces

Il s'agit en somme dans ces cas, de sujets ayant dépassé la quarantaine, qui présentent depuis plusieurs mois des troubles purement dyspeptiques : tantôt ils éprouvent des douleurs siégeant à l'épigastre, apparaissant à des périodes mal déterminées, sans rapport avec l'ingestion des aliments ; ces douleurs d'ailleurs revêtent un caractère variable allant d'une simple sensation passagère de brûlure jusqu'à une souffrance intolérable. D'autres fois, ils se plaignent d'une sensation de gêne, de ballonnement abdominal survenant soit après les repas, soit un peu plus tard, symptomatiques de la lenteur et de la difficulté de la digestion. Ou bien ils sont sujets à des vomissements alimentaires mêlés de mucus et contenant même parfois quelques stries sanglantes ; mais il ne s'agit nullement de régurgitations ni de vomissements à type œsophagien, car ils apparaissent de façon fort irrégulière, et les aliments plus ou moins digérés et répandant une odeur fade ont subi l'action du suc gastrique.

En présence de ces malaises d'apparence banale au début mais qui inquiètent par leur persistance, le clinicien pense à des troubles gastriques ; mais il est impressionné par le fléchissement de l'état général : les malades ont maigri et ont perdu leurs forces ; ils n'ont pas d'appétit, ils éprouvent du dégoût pour la viande et les matières grasses ; leur visage prend une teinte jaunâtre, et comment ne pas se laisser aller à porter le diagnostic qui paraît s'imposer : celui de cancer de l'estomac ?

L'affection évolue ainsi pendant quelques mois, quatre ou six en général, et même, dans certains cas, cette période peut atteindre un an et davantage. Mais à la fin, le tableau change par l'apparition de la *dysphagie* qui sur-

vient de façon variable : tantôt c'est insensiblement que le malade s'aperçoit qu'il a de la peine à avaler le pain et la viande, qu'il éprouve en arrière du sternum une sensation de gêne, d'arrêt qui ne cède souvent qu'à un vomissement, tantôt brusquement sous l'influence d'un spasme, la dysphagie devient absolue jusqu'à ce qu'elle cède d'un seul coup pour reparaitre bientôt et s'installer alors de façon définitive. De toutes façons, l'attention est attirée sur l'œsophage, c'est à lui qu'on rapportera désormais les phénomènes observés : les méthodes d'examen direct permettront d'affirmer et de préciser le nouveau diagnostic, et la maladie, revêtant dès lors une forme classique continuera son évolution fatale.

Forme à dysphagie tardive avec syndrome médiastinal — De même que dans les formes sans dysphagie, les métastases peuvent entraîner par elles-mêmes une symptomatologie bruyante ; et Gougerot a publié l'observation d'un malade, vu dans le service, de Troisier qui présentait surtout des phénomènes médiastinaux.

OBSERVATION IV

GOUGEROT (*Bull. Soc. An. Paris*, 1905)

R..., 43 ans. Entré le 2 décembre 1904.

A maigri de 15 kilogrammes en un mois, marche voûté et péniblement tant est grande la faiblesse ; le teint est jaune, la figure décharnée, les pommettes sont saillantes. Quelques petits ganglions durs, mobiles et indolores inguinaux. Pas de ganglion sus-claviculaire.

L'histoire faisait admettre un cancer de l'estomac à métastase médiastinale. Le début remonte au mois de mai 1904 ; déjà il avait eu, auparavant, quelques troubles digestifs vagues : anorexie et vomissements, constipation.

En mai, les vomissements reprirent, l'appétit était très diminué, le malade souffrait de douleurs vagues et sourdes dans le côté droit du cou, le thorax et la tête.

En juillet, survient une hématomèse peu abondante, d'un sang noirâtre et caillé.

Les symptômes digestifs demeurent mal déterminés et ce n'est guère que vers le milieu de novembre (c'est-à-dire quinze jours avant l'entrée à l'hôpital) qu'est apparue la dysphagie à laquelle le malade prête moins d'attention qu'à ses troubles respiratoires (dyspnée extrême ayant débuté en juillet brusquement, avec tirage sus-sternal et cornage). Il semble s'agir d'une sténose laryngée par spasme recurrentiel accompagnée de lésion du sympathique droit (enophtalmie, myosis, rétrécissement de la fente palpébrale). Ce syndrome médiastinal est secondaire aux troubles dyspeptiques, à l'amaigrissement, à l'anorexie et à l'hématomèse, et on pense à des noyaux médiastinaux secondaires à une tumeur gastrique. En effet, les troubles vagues du début sans dysphagie, une douleur sourde au creux épigastrique, la contracture réflexe de défense des grands droits *semblent faire localiser le cancer latent à l'estomac* ; et la dysphagie apparue seulement depuis quinze jours semblait s'expliquer par une compression médiastinale secondaire. Mort le 16 janvier 1905.

Autopsie (résumé) : 3 tumeurs polypoïdes de l'œsophage (épithéliome pavimenteux lobulé) ; grosse infiltration péri-cancéreuse ; fistule œsophago-pleurale (plèvre gauche) ; l'aorte thoracique, les hiles, la trachée et le péricarde forment une masse compacte qu'on ne peut disséquer.

Ce malade présentait donc en premier lieu des symptômes pouvant faire croire à la présence d'un cancer de l'estomac (amaigrissement, perte des forces, teinte jaune paille, anorexie, hématomèse du sang noir) et en second lieu des signes de compression médiastinale (dyspnée, tirage sus-sternal, paralysie récurrentielle, syndrome de Claude Bernard-Horner), ceux-ci paraissant nettement

secondaires aux premiers ; et, lorsque la dysphagie apparut, sept mois après le début des accidents, elle fut attribuée à cette métastase médiastinale alors qu'il s'agissait d'une infiltration péricancéreuse entourant un épithélioma de l'œsophage.

II. — Cancers de l'œsophage sans dysphagie à type de néoplasme gastrique

Nous allons prendre pour type une observation recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Cade.

OBSERVATION V (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur CADE)

P. J., âgé de 53 ans, entre le 27 décembre 1921, à l'Hôtel-Dieu, où il est envoyé pour des troubles digestifs.

Comme antécédents pathologiques, on relève une congestion pulmonaire en 1916, et du paludisme, à Madagascar, autrefois.

Pas d'affection vénérienne, ni d'éthylisme.

Les troubles dyspeptiques ont débuté il y a quatre mois ; il s'agissait d'abord de sensation de pesanteur et de ballonnement survenant de une à deux heures après le repas de midi, puis de brûlures et même de véritables douleurs.

Ces phénomènes étaient calmés par des vomissements alimentaires. Depuis lors, le malade a perdu l'appétit. Il a du dégoût pour la viande et les graisses. Il a maigri (6 kilos environ en trois mois) et son teint a un peu jauni.

Le 19 novembre dernier, il est pris d'un malaise subit, avec angoisse et sueurs froides, et vomit à cinq ou six reprises du

sang noir, avec caillots, dont il évalue la quantité à plus d'un litre. Pendant deux jours, il présente encore de petits vomissements de sang noir.

A l'entrée à l'hôpital, l'examen somatique du malade ne révèle rien d'intéressant au niveau de l'abdomen.

Du côté du poumon, on constate un peu de rudesse respiratoire au sommet droit, en arrière, et quelques râles à la base gauche. Il y a une expectoration assez abondante, spumeuse, aérée, légèrement purulente.

A l'examen radioscopique de l'estomac, le 8 décembre, nous constatons que cet organe est petit, paraît rétracté.

La recherche des hémorragies occultes dans les fèces est pratiquée en série (12 examens ont été notés : les réactions de Meyer et de Weber sont tantôt positives, tantôt négatives.)

Le malade se cachectise assez rapidement. Il accuse quelques vagues douleurs dans la région épigastrique. Il présente des vomissements peu importants.

Par moment, il a du hoquet pénible et tenace. Une sialorrhée abondante apparaît bientôt, la salive étant, d'ailleurs, mélangée dans le crachoir à une expectoration mucopurulente.

Les signes du côté de la base du poumon gauche se sont, en effet, accentués : il y a de la matité, avec diminution des vibrations et souffle assez intense, sans râles.

La température oscille autour de 38° et atteint parfois 39°. A plusieurs reprises, les crachats sont sanglants. Leur examen bactériologique ne révèle pas de bacilles de Koch.

Bientôt, au centre du bloc hépatisé de la base gauche, apparaissent des signes de ramollissement et même de véritables gargouillements.

Dans les premiers jours de janvier, la déglutition devient gênée, le malade présentant des secousses de toux à la moindre tentative d'ingestion de liquides.

A partir du 10 janvier, la fièvre s'accroît et atteint le soir, à deux reprises, 40°.

Le malade succombe le 13 janvier 1922.

A l'autopsie : Nous trouvons quelques adhérences pleurales disséminées, un peu de liquide dans la plèvre gauche. La moitié inférieure du poumon gauche est le siège de lésions d'hépatisation grise. Le poumon droit présente seule-

ment des lésions congestives. Le cœur est le siège d'une symphyse postérieure, qui se décolle assez facilement.

L'œsophage montre, à 6 ou 7 centimètres du cardia un rétrécissement néoplasique en virole (squirrhe non ulcéré). Les ganglions trachéo-bronchiques sont volumineux. Pas de perforation œsophago-trachéale ou bronchique.

L'estomac ne présente ni ulcération, ni infiltration néoplasique.

Ce malade entra donc à l'hôpital pour des troubles digestifs vagues, une sensation de pesanteur gastrique et de ballonnement survenant quelques instants après le repas de midi et qui furent bientôt suivis de véritables douleurs que calmaient des vomissements alimentaires. Il perdait l'appétit, éprouvait du dégoût pour la viande et les matières grasses, maigrissait et jaunissait, et une hématomèse abondante de sang noir mêlé de caillots vint renforcer le diagnostic probable d'un cancer localisé à l'estomac, à l'examen radioscopique duquel cependant ne fut décelé aucun signe bien caractéristique. Toutefois il convient de noter la présence ultérieure de quelques signes anormaux : un hoquet persistant et tenace, une sialorrhée abondante, des complications pleuro-pulmonaires, et, à la fin, des secousses de toux survenant lors de l'ingestion des liquides, malgré l'absence de toute fistule œsophago-trachéale.

Dans les observations qui vont suivre, c'est, avec quelques variantes, le même tableau clinique que nous allons retrouver.

OBSERVATION VI

CADE (*Lyon Médical*, 10 juillet 1920)

V..., âgé de 44 ans, entre dans notre service en juin 1918. Il est malade depuis le mois de juillet 1917. Il éprouve des douleurs à l'épigastre de plus en plus violentes, accompagnées, par périodes, de vomissements répétés. Il a considérablement maigri.

A son entrée dans le service, il accuse des douleurs à l'épigastre très pénibles, presque continues, sans relation nette avec l'alimentation. La pression est douloureuse dans cette région. Les vomissements sont assez fréquents.

Le ventre est excavé. On ne perçoit aucune induration suspecte. L'aspect est déjà cachectique. L'ensemble clinique oriente le diagnostic vers une néoplasie.

La recherche des hémorragies occultes fécales est négative.

La radioscopie montre un estomac petit. Son évacuation est rapide au début. Le duodénum apparaît nettement. Ses trois portions se montrent très dilatées, la deuxième offrant à sa partie moyenne un rétrécissement qui lui donne un aspect en forme de sablier. Sept heures après l'ingestion de la bouillie opaque, il reste encore du bismuth dans l'estomac, et le duodénum reste également visible. Il en est encore de même au bout de vingt-quatre heures.

En présence de ces constatations radiologiques, nous croyons devoir admettre l'existence d'un obstacle sur le trajet duodénal, et en raison du syndrome clinique *nous émettons l'hypothèse d'un cancer du corps du pancréas* comprimant l'intestin soit par lui-même, soit par un paquet ganglionnaire. Dans ces conditions, nous croyons devoir proposer au malade une intervention. Le professeur Tixier pratique la gastro-entérostomie. Au cours de l'opération il n'est fait aucune constatation pouvant orienter le diagnostic. Une bride cholécysto-duodénale est sectionnée, dont la présence pouvait seulement servir à interpréter la déformation en sablier, notée sur la deuxième portion du duodénum à la radioscopie.

Les suites opératoires sont simples.

Il se produit d'abord une amélioration dans l'état du

malade, mais au bout d'une quinzaine de jours ses douleurs reparaissent, sans vomissements. La réduction de l'alimentation est de plus en plus marquée. La cachexie progresse. La mort survient fin juillet, un mois environ après l'intervention.

A l'autopsie, nous trouvons un volumineux néoplasme de la portion juxta-cardiaque de l'œsophage. Celui-ci est envahi jusqu'à 13 centimètres au-dessus de l'estomac.

La tumeur est largement ulcérée, non sténosante. Elle adhère au foie, au diaphragme, à l'estomac, et dans sa portion intra-thoracique, au poumon et au péricarde. Il existe une péricardite purulente.

Une constatation très intéressante et confirmative de l'examen radioscopique est faite au niveau du duodénum qui est énormément dilaté. Cette dilatation, qui permet l'introduction dans l'organe de trois et même quatre doigts se poursuit sur le jéjunum sur une longueur de 15 centimètres. Elle débute au pylore, se fait de façon progressive mais rapide, et atteint son maximum à 4 centimètres au-dessous de l'estomac. Les constatations nécropsiques ne donnent pas l'explication de ce méga-duodéno-jéjunum. Elles ne révèlent, en tout cas, aucun obstacle mécanique, ni bride, ni rétrécissement, ni tumeur, ni coudure.

L'examen histologique pratiqué au laboratoire du professeur Paviot montre que la tumeur est bien nettement d'origine œsophagienne. Il ne s'agit pas de la propagation à l'œsophage d'un néoplasme gastrique.

OBSERVATION VII

MARCOU (in thèse de LEGENDRE)

Femme de 40 ans, souffre depuis un an de troubles gastriques : pesanteurs, vomissements.

L'analyse du suc gastrique montre l'anachlorhydrie absolue; envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de « cancer de l'estomac au début, cas opérable. »

A l'examen : malade cachectique, teinte jaune paille.

La sonde se heurte à deux obstacles (25 et 40 cm.) avant

d'entrer dans l'estomac. Les troubles fonctionnels s'atténuent par le repos et la belladone.

Mort au bout d'un mois dans la cachexie, sans avoir jamais présenté de dysphagie.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION VIII

MARCOU (*Arch. Gén. Méd.*, 1906)

X... femme de 62 ans, admise à l'hôpital Troitzky, de Saint-Petersbourg, avec le diagnostic de cancer de l'estomac, propagé au foie.

On note de l'adénopathie sus-claviculaire. La malade ne présente que des troubles gastriques. On fait le cathétérisme pour extraire le contenu de l'estomac après repas d'épreuve.

La sonde passe sans aucune difficulté.

L'analyse révèle l'absence complète d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique.

La malade meurt dans la cachexie sans avoir jamais présenté de dysphagie.

Autopsie : Elle révèle l'erreur complète du diagnostic, le cancer est situé au niveau du tiers inférieur de l'œsophage. L'estomac est dépourvu de cancer, mais atrophié.

Noyaux néoplasiques énormes (de type pavimenteux) dans le foie, les ganglions mésentériques et trachéo-bronchiques. La tumeur n'a produit aucune sténose œsophagienne et elle a évolué sans occasionner à aucun moment de dysphagie.

OBSERVATION IX

A.-S. HYMAN (*New-York Med. Journ.*, p. 759)

Le 11 novembre 1918, Hyman vit un homme de 58 ans, paraissant en bonne santé, mais qui présentait une tumeur de la région sus-claviculaire droite, à développement rapide, absolument indolore. La tumeur fut enlevée, et l'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un cancer du type médullaire.

L'examen complet du malade avait été fait pour chercher le

point de départ de cette adénopathie, mais *sans qu'on pût découvrir le néoplasme originel*.

La radioscopie avait signalé un léger élargissement de l'ombre médiastinale.

Revu trois mois après, le malade avait encore au cou une petite plaie bourgeonnante.

Une semaine après le malade commença à se plaindre de la gorge. A partir de ce moment, son état s'aggrava rapidement. Il y eut des vomissements fréquents, *sans dysphagie*, et huit jours après, le malade mourut de broncho-pneumonie.

A l'autopsie : on découvrit un cancer de la partie inférieure de l'œsophage, s'étendant sur une hauteur de 7 centimètres, jusqu'à 3 centimètres au-dessus du cardia. A l'ouverture du conduit, on aperçut, se détachant des deux tiers postéro-latéraux de la paroi œsophagienne, une tumeur granuleuse. Il existait au-dessus et au-dessous du diaphragme une grosse infiltration péri-œsophagienne.

OBSERVATION X

BARIÉ (*In thèse LAVOYER, Paris, 1879*).

H..., 58 ans, manœuvre, entre à Saint-Louis pour une poussée eczémateuse durant depuis quinze jours. Le malade a, de plus, quelques troubles dyspeptiques, vomissements glaireux, pituites le matin, gonflement de l'abdomen après le repas, peu ou pas d'appétit. Il maigrit, se cachectise.

On pense à un néoplasme viscéral sans que l'examen en puisse préciser le siège.

Le 16 septembre, pour la première fois, le malade a vomi son lait. Vomissement le 17. Le 18, les vomissements n'ont pas reparu; le lait passe avec une certaine difficulté, mais n'est pas rendu.

Le 22, le malade meurt cachectique.

A l'autopsie, on trouve, à 2 centimètres 55 au-dessus du cardia une masse néoplasique sur une hauteur de 4 centimètres, mais surtout marquée à droite, ce qui fait que le calibre de l'œsophage ne présente qu'un rétrécissement léger. Rien dans les autres viscères. Les ganglions sont peut-être un peu augmentés de volume.

OBSERVATION XI

ELDON PRATT (in *Lancet*, 1907)

Un homme âgé de 58 ans, ouvrier agricole, m'a consulté le 17 juin 1903. Il se plaignait d'avoir remarqué depuis trois mois, et tout à fait incidemment, une petite masse de la grosseur d'un petit pois dans la région sus-claviculaire. Cette masse ne lui causait toutefois ni gêne, ni douleur. Depuis le commencement du mois de mai, il s'aperçut que cette masse augmentait progressivement de volume; et vers la fin du dit mois, il commença à éprouver une gêne passagère à la déglutition et une légère sensation de douleur derrière le sternum toutes les fois qu'il avalait des aliments solides le matin à jeun. Le malade se plaint en outre de maigrir et de ne pas avoir d'appétit le matin; cependant, tout rentrait dans l'ordre vers midi, et il n'éprouvait plus ni gêne ni douleur pour ses autres repas. Le malade n'était sujet ni aux nausées ni aux vomissements; pas de jaunisse. Selles régulières. Pas de melæna. Urines colorées, sans dépôt. Il se plaignait d'avoir senti quelquefois une faiblesse dans le bras gauche avec quelques douleurs sourdes dans l'épaule correspondante. Pas de douleurs abdominales.

A l'examen. — Malade ayant une apparence solide, et bien portant, présentant une très mauvaise dentition et un état saburral. Rien d'anormal dans la gorge.

Sur le côté gauche du cou, juste au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule, on remarque une tumeur de la grosseur d'une noix, logée derrière le sterno-mastoïdien et adhérente au tissu sous-jacent; on peut la sentir de chaque côté de ce muscle. En pinçant cette masse, le malade accuse une douleur dans la partie gauche du thorax. Rien au poumon. Rien au cœur. Pouls, 68. Tension normale.

A l'inspection de l'abdomen, on distingue une sorte de tumeur sous le rebord costal droit.

A la percussion. — La moitié hépatique remonte jusqu'à la 6^e côte et s'étend en bas à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes, à gauche, elle dépasse la ligne médiane et atteint le rebord costal gauche. Cette masse n'est pas fixe,

elle suit le diaphragme dans ses mouvements respiratoires. Le reste de l'abdomen est sonore.

Rien au rectum.

Le malade fut admis à l'hôpital de Sussex-County, le 1^{er} août 1903. Il fut examiné par M. Furner qui émit l'opinion d'une tumeur maligne intéressant l'épiploon et probablement l'estomac. La température du malade pendant son séjour était au-dessous de la normale. Il quitta l'hôpital le 12 août pour revenir le 17 septembre. Il fut examiné de nouveau le 22 septembre. On remarquait la présence d'une grosse masse dans la région épigastrique et d'une autre petite masse très dure dans le flanc droit, qui paraissait être séparée de la première. Le malade maigrissait rapidement et devenait cachectique.

Le 15 octobre, le foie était énorme et la région épigastrique très bombée et très douloureuse.

La dysphagie n'a figurée à aucun moment parmi les symptômes que ce malade présentait.

Le 8 novembre il se suicida à cause des douleurs atroces qu'il sentait dans l'abdomen.

Autopsie le 9 novembre : Le foie est énorme, pesant (150 ounces), présentant cinq masses cancéreuses de la grosseur d'une orange de Jaffa à une noix de coco. Nombreux petits nodules cancéreux occupant la surface et le parenchyme hépatique. Ganglions mésentériques engorgés. Estomac vide un peu rétréci et allongé ne présentant aucune formation cancéreuse.

Rien dans les intestins.

C'est seulement en enlevant le foie et en explorant l'œsophage que fut décelée la présence du cancer primitif reposant sur la colonne vertébrale au-dessus du diaphragme. Cette tumeur très dure fut soumise à l'examen histologique qui prouva sa nature.

Le cœur, les poumons, le cerveau et les autres organes étaient indemnes.

Le *début* de l'affection peut donc être variable, l'attention étant attirée tout d'abord le plus souvent par des troubles dyspeptiques vagues, mais parfois aussi par la

violence d'une douleur épigastrique ou par l'augmentation de volume d'un ganglion sus-claviculaire.

Nous allons maintenant reprendre avec quelques détails les différents symptômes :

A. — SIGNES FONCTIONNELS

a) *Symptômes gastriques :*

1) Ce ne sont souvent que de simples *troubles dyspeptiques* caractérisés par de la lenteur des digestions qui se manifeste par une sensation de gonflement épigastrique ou de ballonnement abdominal calmé par quelques éructations ou par un vomissement alimentaire ; ils s'accompagnent de bouffées de chaleur, de somnolence, d'incapacité au travail ; néanmoins ces malaises post-prandiaux n'ont rien de bien caractéristique, si ce n'est qu'ils surviennent chez des individus ayant dépassé la quarantaine et qui n'avaient jamais présenté aucun phénomène digestif anormal.

2) *Les vomissements* sont fréquents : ils se produisent longtemps après l'ingestion des aliments, généralement une ou deux heures après les repas et renferment des aliments en voie de digestion, mélangés à du mucus ; ils peuvent revêtir l'aspect de pituites matutinales orientant le diagnostic vers une gastrite éthylique ou ne contenir que des glaires striées de quelques filets de sang. Ils diffèrent aussi tout à fait des régurgitations et des vomissements à type œsophagien constitués par le rejet plus ou moins immédiat et sans grand effort de la nourriture non digérée.

b) *L'appétit*, contrairement à ce qui existe en général dans le cancer de l'œsophage, est très diminué et souvent

l'*anorexie* est totale; si l'on joint à cela le dégoût invincible qu'éprouve bientôt le malade pour la viande et les matières grasses, on comprend que son état général doive décliner rapidement.

c) *Les douleurs* revêtent une intensité variable, mais leur siège est constant : elles sont nettement localisées à l'épigastre, s'irradiant parfois dans le dos « en broche » ou dans les reins ; tantôt le patient n'éprouve qu'une sensation passagère de brûlure, tantôt au contraire les souffrances sont tellement vives qu'elles dominent toute la scène ; ce sont elles qui, chez un malade de M. le docteur Cade, constituèrent le premier symptôme de l'affection (Obs. VI) ; elles devinrent si violentes chez un autre qu'elles conduisirent le malheureux au suicide (Obs. XI). La pression sur l'épigastre les exagère encore : elles peuvent être sourdes, continues ou survenir par crises paroxystiques séparées par des périodes d'accalmie complète.

Parfois lorsqu'une métastase hépatique ou péritonéale s'est produite, les douleurs peuvent siéger soit dans l'hypocondre, soit dans l'abdomen, revêtant les mêmes caractères.

Il faut se souvenir à leur propos que, presque toujours, le cancer de l'œsophage est indolore et que, les cas sont rares où, par suite du volume de la tumeur et surtout de sa tendance à l'envahissement des organes et des nerfs voisins, ces douleurs s'irradient du médiastin dans le thorax, faisant alors songer à une névralgie intercostale, à un *tabes* ou à un mal de Pott ; et, comme l'a dit récemment Lœper, même si on juge que l'œsophage est en jeu, on pense plutôt à priori à une lésion tuberculeuse ou syphilitique.

d) La *sialorrhée* a parfois été confondue avec les pituites ou les vomissements glaireux ; nous étudierons plus loin sa valeur au point de vue du diagnostic.

e) *Hémorragies* : elles sont fréquentes et peuvent se présenter sous des aspects bien différents.

1) Chez un malade de Devé, chez qui on n'avait jamais observé la moindre dysphagie, survint subitement une hématomèse foudroyante due à la rupture de l'aorte.

2) D'autres fois elles demeurent abondantes, atteignant un demi-litre ou un litre, constituées, soit par du sang rouge, soit par du sang noir mêlé de caillots (Obs. V) s'il a séjourné quelque temps dans l'estomac ; elles peuvent récidiver et devenir inquiétantes par leur abondance même, ou bien n'être suivies que du rejet de quelques gorgées de sang survenant à intervalles éloignés.

3) Enfin, dans d'autres cas, l'hémorragie ne se manifeste que par la présence de quelques stries sanglantes dans les aliments rejetés et même il faut souvent recourir à des examens chimiques (réaction de Weber) pour déceler une hématomèse et surtout un *melæna* occultes : les résultats peuvent d'ailleurs varier chaque jour, l'hémorragie étant elle-même intermittente

f) *Symptômes respiratoires* : il ne saurait s'agir ici de paralysie récurrentielle déterminant de la dyspnée, car nous verrons que les cancers sans dysphagie ne siègent jamais dans le tiers supérieur de l'œsophage. Mais souvent il existe de la toux, une expectoration muco-purulente, de la gêne respiratoire due à des lésions pulmonaires associées ou à l'envahissement des ganglions trachéo-bronchiques ainsi que d'autres organes du médiastin.

B. — SIGNES PHYSIQUES

Bien souvent l'examen somatique demeure négatif, mais parfois aussi il donne des renseignements qui tendent plutôt à égarer le diagnostic.

a) *L'examen de la région épigastrique* permet d'y déceler fréquemment une douleur exquise à la pression s'irradiant dans le dos et déterminant une réaction de défense de la paroi ; mais parfois aussi, à la palpation on sent une véritable tumeur plus ou moins régulière et plus ou moins mobile qu'on croit devoir rattacher à l'estomac et qui est due à l'envahissement hépatique ou épiploïque.

b) *Le foie* est, beaucoup moins rarement que dans la moyenne des cas, le siège de métastases : son volume s'accroît quelques fois dans des proportions énormes et il est facile de sentir son bord inférieur dur, irrégulier, marronné (Obs. XI), pouvant descendre jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure, soulevant la paroi au niveau de l'hypocondre ; la matité hépatique remonte jusqu'à la cinquième ou quatrième côte dépassant largement la ligne médiane, débordant le rebord costal inférieur de plusieurs travers de doigt.

c) Dans le reste de l'abdomen on sent, dans certains cas, des masses dures et mates à la percussion qui est douloureuse, ou simplement on perçoit de l'empâtement diffus, une résistance vague par suite de l'atteinte du péritoine et des ganglions mésentériques.

d) Enfin, dans trois observations sur sept (Obs. VIII, IX, XI), nous relevons l'importance de l'*adénopathie sus-claviculaire* ; chez le malade de l'observation IX, ce fut le premier symptôme perceptible : cet homme, à son entrée

à l'hôpital ne présentait qu'une tumeur de la région sus-claviculaire droite, indolore, à développement rapide ; elle fut enlevée et récidiva en bourgeonnant.

Un autre (Obs. XI) remarqua incidemment la présence d'une petite masse de la grosseur d'un pois siégeant dans la même région et qui devint très volumineuse, occasionnant des irradiations douloureuses dans la moitié du thorax et le bras correspondant. Là encore, la constatation du célèbre ganglion de Troisier, ne peut que paraître confirmer l'erreur du diagnostic, car s'il n'est pas pathognomonique du cancer de l'estomac, c'est dans cette affection qu'on le rencontre le plus souvent.

C. — SYMPTOMES GÉNÉRAUX

L'état général tend à décliner rapidement ; les malades maigrirent de plusieurs kilos en quelques semaines ; les forces diminuent, plus en raison de l'intoxication cancéreuse que de la dénutrition — à l'inverse de ce qui se produit de coutume ; — le visage prend une teinte jaune paille, la face est osseuse, décharnée, éclairée par des yeux brillants, profondément enfoncés sous les rebords orbitaires. La température peut demeurer normale ou s'élever sous l'influence de quelque complication pulmonaire ou de la métastase hépatique.

Cette *cachexie* — inhabituelle dans les cancers de l'œsophage — est frappante ; elle peut en constituer la principale manifestation, inexpiquée jusqu'à la mort.

Evolution. — Tous les troubles que nous avons signalés peuvent demeurer imprécis et peu inquiétants durant de longs mois ; puis, sous l'influence de l'atteinte profonde de l'état général l'évolution s'accélère et le malade s'éteint

peu à peu, à moins qu'une complication ne vienne hâter sa fin qui, en général, survient un an à dix-huit mois après l'apparition des premiers symptômes anormaux, *sans qu'il ait présenté à aucun moment la moindre dysphagie.*

DIAGNOSTIC

Il faut avouer que devant un pareil tableau clinique l'idée ne saurait venir d'emblée qu'il puisse s'agir d'une affection œsophagienne ; l'amaigrissement, la cachexie progressive, la teinte jaune des téguments font songer à un néoplasme, et les troubles dyspeptiques, les douleurs épigastriques, les vomissements survenant sans rapport immédiat avec l'ingestion des aliments, les hématuries, l'adénopathie sus-claviculaire, les signes objectifs abdominaux dus à des lésions métastatiques du foie ou des ganglions mésentériques semblent bien confirmer le diagnostic de cancer de l'estomac à moins que l'importance des symptômes pulmonaires, la toux, l'expectoration ne soient attribués à la tuberculose.

Cependant, certains phénomènes peuvent sembler anormaux : la *salivation*, en effet, est particulièrement marquée, et Roger a attiré depuis longtemps l'attention sur la valeur diagnostique de l'exagération du réflexe œsophago-salivaire : celle-ci peut d'ailleurs affecter des degrés variables, depuis le simple mélange de mucosités aux vomissements alimentaires jusqu'au rejet fréquent de véritables gorgées aqueuses ou même jusqu'à un ptyalisme

constant, le malade se plaignant d'avoir sans cesse « la bouche pleine d'eau » ; dans les cas caractéristiques, il y a suivant l'expression de Dieulafoy, une sorte de « vomique de mucosités ».

D'autre part, la fréquence des *signes pulmonaires*, la dyspnée peuvent faire pencher la balance du côté d'une affection du médiastin plutôt que de l'abdomen.

Heureusement, le clinicien peut s'appuyer sur une base plus solide et plus objective que de simples impressions. Nous nous sommes, à dessein, contentés de décrire les signes cliniques de deux formes spéciales de cancer de l'œsophage, montrant ainsi la difficulté et parfois même l'impossibilité d'un diagnostic exact : cependant, nous avons à notre disposition des moyens d'investigation qui permettront facilement de redresser l'erreur avant l'autopsie : ce sont, 1° le cathétérisme ; 2° la radioscopie ; 3° l'œsophagoscopie.

A. — CATHÉTÉRISME. — La simple exploration à la bougie ou à la sonde à bout olivaire ne saurait plus suffire aujourd'hui : il est des cas (Obs. VIII) où les sondes elles-mêmes passent sans difficulté et entraînent le médecin à éliminer d'emblée toute affection œsophagienne. Cependant, n'étaient les dangers d'un cathétérisme aveugle, on ne saurait enlever toute valeur à cette méthode, car chez certains malades (Obs. II), l'exploration œsophagienne étant faite par acquit de conscience, la boule exploratrice remena des débris sanieus et sanguinolents dont l'examen fut caractéristique, mais c'est, en définitive, un

procédé à rejeter au profit des deux suivants, plus précis et d'une pratique moins périlleuse.

B. — RADIOSCOPIE. — Il n'est plus besoin à l'heure actuelle d'établir les avantages de l'exploration radiologique, mais encore est-il nécessaire, pour que celle-ci donne au clinicien tous les renseignements qu'il est en droit de lui demander, qu'elle soit elle-même exécutée avec une technique satisfaisante ; elle pourra alors permettre l'établissement d'un diagnostic précoce pourvu qu'on veuille bien la faire systématiquement dans tous les cas de troubles digestifs mal déterminés, bien davantage dans les cas où on a l'impression qu'il existe un cancer, sans qu'il soit possible par le simple examen clinique d'en déterminer le siège.

Nous insistons sur le point que cette exploration doit être complète ; en effet, dans une observation que M. le professeur agrégé Cade nous a confiée (Obs. VI), on avait fait absorber au malade une bouillie bismuthée destinée à l'examen de l'estomac ; cette substance très liquide avait traversé l'œsophage sans que l'attention fut attirée sur cet organe et avait ensuite décelé des symptômes de sténose duodénale, faisant songer à l'existence d'un cancer du pancréas ; sans doute n'en eût-il pas été de même si l'investigation avait porté de parti pris sur le médiastin. Voyons de quels moyens successifs le médecin peut disposer :

a) Tout d'abord, *le simple examen aux Rayons X* peut montrer une exagération des ombres du hile et, en position oblique, une obscurité diffuse et assez étendue de la partie moyenne du médiastin, due « peut-être à la tumeur elle-

même, mais aussi à des engorgements ganglionnaires de voisinage et à un certain degré de médiastinité néoplasique qui accompagne fréquemment les cancers peu avancés. » (Barjon).

b) *L'examen proprement dit de la déglutition* doit être fait aux trois modes :

1° *Liquide* : ce moyen peut, nous venons de le voir, être en défaut et le fait est habituel étant donné que, dans les formes qui nous intéressent, le processus sténosant est peu marqué.

2° *Pâteux* : une pâte bismuthée ou barytée descend plus lentement, se moule davantage sur les parois œsophagiennes et sa progression est plus sensible à un léger rétrécissement que peut d'ailleurs amplifier une action spasmodique surajoutée : il ne faudra certes pas dans ces cas espérer constater une dilatation sus-stricturale considérable, mais on verra une diminution de calibre du cylindre obscur qui deviendra irrégulier et la substance opaque n'abordera ce trajet rétréci qu'après une certaine hésitation bien caractéristique.

3° *Solides* : Enfin le cachet de bismuth pourra s'arrêter au niveau d'une sténose légère, remonter même sous l'influence des contractions antipéristaltiques jusqu'au moment où, après sa rupture, son contenu s'effilera pour descendre dans l'estomac.

En somme, pas plus que cliniquement on ne constate dans les formes étudiées ici les symptômes caractéristiques dus à un obstacle serré qui peut devenir absolu, il ne faut compter assister à l'apparition sur l'écran des images classiques dues à une sténose de l'œsophage ; mais il serait vraiment surprenant qu'une exploration

systématique de cet organe ne montrât pas dans sa structure ou son fonctionnement quelque phénomène anormal, et si un doute surgit à ce sujet, il conviendra — mais alors seulement — de recourir à un autre moyen précieux de diagnostic qui doit théoriquement donner la certitude.

C. — ŒSOPHAGOSCOPIE. — On a, croyons-nous, exagéré les dangers de cette opération dans les cancers de l'œsophage ; en réalité, s'il est d'une imprudence blamable de plonger « à l'aveugle » dans un œsophage cancéreux un cathéter plus ou moins rigide qui risque de déterminer une hémorragie, une fausse route ou une véritable perforation, il n'en est pas de même de mener l'exploration sous le contrôle de la vue, en augmentant encore de prudence lorsqu'on approche du point que la radioscopie a rendu suspect.

L'œsophagoscopie ne montrera que rarement des formes bourgeonnantes ou polypeuses oblitérant tout le conduit ; mais au contraire, beaucoup plus fréquemment on se trouvera en présence d'une ulcération plus ou moins large, se détachant sur une des parois seulement de la muqueuse infiltrée qui a perdu sa mobilité habituelle ; le fond de cette ulcération est sanieux, recouvert d'un enduit malodorant ; le simple contact du porte-coton détermine une petite hémorragie et, après un nettoyage prudent, on en peut distinguer les bords bourgeonnants, saignants, parfois déchiquetés.

Devant la lumière du conduit qui demeure béant, on comprend facilement que la déglutition doive être peu gênée, sans que d'ailleurs il y ait bénignité vraie, car l'ulcération non sténosante peut s'étendre fort bas, occu-

pant parfois une grande étendue de la hauteur de l'organe ainsi qu'il est possible de s'en rendre compte en faisant progresser très doucement le tube œsophagoscopique dans les cas particulièrement favorables à l'examen.

Reste-t-il un doute, envisage-t-on la possibilité d'une lésion traumatique, ulcéreuse simple, tuberculeuse ou syphilitique, il sera en général facile de prélever un fragment pour *biopsie* et l'examen histologique donnera alors la certitude.

En résumé, tous ces modes d'exploration : radioscopie, œsophagoscopie, biopsie sont relativement simples et d'un usage courant, il faut penser à eux et confier leur exécution à des techniciens avisés.

Déjà à une époque où ils étaient mal connus et d'une application incertaine, Digulafay écrivait : « Dans certains cas, surtout chez le vieillard, le cancer de l'œsophage est, pour ainsi dire, latent ; il ne provoque ni douleur, ni dysphagie, ni régurgitation, de sorte qu'en présence d'un sujet atteint de cachexie cancéreuse, chez lequel on n'arrive pas à découvrir le siège du cancer, il ne faudrait pas éliminer d'emblée le cancer de l'œsophage ». L'erreur de parti pris serait encore moins excusable aujourd'hui.

PATHOGÉNIE

S'il fallait se fier de façon absolue aux statistiques publiées, la variété clinique du cancer de l'œsophage étudiée ici, serait exceptionnelle : dans son travail portant sur 134 cas observés dans le service de Mathieu, Lamy en relève un seul où la dysphagie demeura absente, et même les cas où la dysphagie n'apparaît que tardivement seraient aussi des raretés cliniques. En réalité, la difficulté du diagnostic, l'insuffisance des moyens d'investigation employés par beaucoup d'auteurs permettent de supposer que cette rareté n'est peut-être pas aussi grande qu'on l'a prétendu; et plus nombreux qu'on ne croit sont, sans doute, les cas qui passent inaperçus, surtout si l'absence d'autopsie ne vient, bien tardivement, rétablir la vérité. Et les quelques observations que nous publions ici, recueillies dans la littérature et dans le service de M. le docteur Cade, ne sont, en réalité, que des exemples d'une modalité qui, mieux connue, serait plus souvent constatée.

Aussi est-il intéressant de se demander quelle peut être l'explication de ce fait paradoxal — mais non unique en pathologie, car combien de prostatiques et de rétrécis sont

longtemps considérés comme de purs rénaux ! — d'un obstacle siégeant dans un canal étroit et ne se manifestant que par des symptômes à distance.

Englobant dans une même étude les deux variétés cliniques que nous avons cru bon de distinguer, nous allons brièvement, à ce propos, examiner deux questions :

1° Quel est, dans le cancer de l'œsophage, l'état de l'estomac qui peut expliquer l'importance des signes gastriques ?

2° Une forme anatomo-pathologique particulière répond-elle à la forme clinique qui nous occupe ?

A. — ETAT DE LA MUQUEUSE GASTRIQUE.

Nous le répétons : nous entendons éliminer les cas, peu fréquents en vérité, où il existe un véritable cancer de l'estomac, qu'il s'agisse d'une greffe du néoplasme œsophagien ou de la coïncidence d'une tumeur œsophagienne et d'une tumeur gastrique, chacune de celles-ci se présentant avec ses caractères histologiques propres ; d'ailleurs, aucun des compte rendus d'autopsies que nous rapportons n'autorise cette explication.

Il existe cependant dans le cancer de l'œsophage des altérations de la muqueuse gastrique étudiées par Legendre, qui recueillit le suc gastrique d'un gastrostomisé, et par Marcou qui retirait ce liquide par les voies naturelles ; tous deux arrivent aux mêmes résultats que nous résumons ici :

1° Acidité nulle ou très légère (due à la présence d'acide lactique) ;

2° Absence d'acide chlorhydrique libre (Réaction de Günsbourg négative).

- 3° Grande diminution de l'acide chlorhydrique combiné.
- 4° Suppression de la sécrétion psychique.
- 5° Persistance intermittente de la digestion peptique.
- 6° Conservation de la motricité stomacale.

Dans l'observation VIII, empruntée à Marcou, le chimisme gastrique (acidité presque nulle, absence de H Cl libre) semblait bien confirmer le diagnostic de cancer de l'estomac que vient contredire l'exploration de l'œsophage.

Ces phénomènes s'expliquent, d'ailleurs, par les résultats des examens anatomo-pathologiques de l'estomac; ces auteurs constatent des lésions de *gastrite atrophique*; chez le malade dont nous venons de parler, on trouve, en effet, à l'autopsie « une muqueuse gastrique lisse, extrêmement mince, atrophique, sans ride, sans orifices glandulaires, sans la moindre ulcération. »

L'examen histologique fut confirmatif: « Atrophie totale de la muqueuse; absence presque totale de glandes ou glandes irrégulières et petites; beaucoup de cellules muqueuses. La trame conjonctive n'est pas épaissie, l'infiltration leucocytaire n'est pas considérable. »

Ainsi s'éclaire la pathogénie des troubles gastriques qui, dans certains cas où il n'existe pas de troubles dus à la sténose œsophagienne — cas que nous étudierons dans le prochain chapitre — peuvent arriver à dominer et à occuper tout le tableau clinique.

Mais si l'existence de cette gastrite atrophique semble bien être prouvée, il devient beaucoup plus délicat d'expliquer son apparition :

a) Faut-il n'y voir qu'une gastrite de cause externe due à ce que les produits septiques secrétés au niveau du

cancer œsophagien ulcéré tombent dans l'estomac qu'ils irritent et infectent de façon continue ?

b) Les troubles sécrétoires sont-ils dus à l'anémie et à la cachexie cancéreuse, se rapprochant ainsi des troubles gastriques constatés dans la chlorose ? Mais Surmont et Dehan ont constaté les mêmes phénomènes chez un gastrostomisé pour rétrécissement cicatriciel.

c) Pour Legendre, il est fort possible que la néoplasie œsophagienne retentisse sur la muqueuse gastrique par l'intermédiaire du pneumogastrique ; il y aurait « une véritable sympathie nerveuse entre l'estomac et l'œsophage, telle que, l'un de ces organes étant lésé, l'autre souffrirait également. »

Ce n'est là qu'une hypothèse : l'auteur la donne pour telle et conclut d'ailleurs qu'il est probable que l'explication est complexe : on peut supposer, d'après lui, que la lésion œsophagienne détermine d'abord une altération de la structure de la muqueuse gastrique par voie réflexe ; par suite, la fonction digestive serait diminuée, puis supprimée, ce qui entraînerait un retentissement nouveau sur l'état de l'estomac dont l'atrophie se complèterait, accentuée encore par les modifications du sang dues à la cachexie cancéreuse.

B. — FORMES ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

Il nous reste maintenant à voir comment peut anatomiquement s'expliquer la latence des troubles de la déglutition ; et, d'après les cas que nous rapportons, nous envisagerons le siège, l'étendue, la nature et l'extension à distance du néoplasme, pour voir si on peut trouver un facteur constant duquel dépende cette anomalie,

1° *Siège* : Aucune uniformité de localisation n'a pu être relevée :

a) Dans les formes à dysphagie tardive, la tumeur siégeait deux fois au niveau de la bifurcation trachéale, une fois dans les deux tiers inférieurs de l'œsophage, deux fois au niveau du cardia.

b) Dans les formes sans dysphagie, le cancer se trouvait dans tous les cas dans la moitié inférieure de l'œsophage, débutant en bas à quelques centimètres du cardia et remontant plus ou moins haut dans le canal : en effet, les tumeurs de la partie supérieure, plus rares d'ailleurs, donnent beaucoup plus rapidement des troubles de la déglutition ou de la phonation, dus à la proximité du larynx et de la trachée.

2° *Etendue* : Là encore, il n'y a pas d'unité absolue ; mais, sur 11 cas, nous en trouvons 3 seulement dans lesquels le cancer occupe circulairement le pourtour de l'œsophage ; 2 revêtent une forme squirrheuse en virole ; le troisième a été plus difficilement étudié car, à son niveau, existait une rupture de l'organe qui témoignait de l'intensité des lésions (Obs. II).

Dans tous les autres, la tumeur se localise à une des parois du conduit, les autres demeurent relativement saines et non envahies — au moins macroscopiquement.

Quant à l'étendue en hauteur, elle importe peu puisque, dans des formes à symptomatologie parallèle, on peut voir soit une ulcération de quelques millimètres seulement, soit une tumeur occupant les deux tiers inférieurs de l'œsophage, sauf le cardia (Obs. II) ou partant de la région juxtacardiaque pour remonter jusqu'à 13 centimètres au-dessus de l'estomac (Obs. VI).

3° *Nature* : Il ne s'agit pas de la nature histologique qui est identique dans tous les cas étudiés, mais de la forme anatomique : lorsque nous avons parlé des renseignements fournis par l'œsophagoscopie, nous avons vu que la forme bourgeonnante ou végétante était particulièrement rare, et si nous en exceptons les deux cas de squirrhe en virole — très peu serrée d'ailleurs — nous avons toujours constaté dans les compte rendus d'autopsie qu'il s'agissait des formes *ulcéreuses* non sténosantes, se développant en général plus en surface qu'en profondeur. « J'ai été surpris à l'autopsie, dit d'ailleurs M. Marcou, de voir combien le rétrécissement vrai est peu considérable. Il y a le plus souvent une vaste ulcération qui s'étend plus ou moins loin sur la paroi de l'œsophage, mais il n'y a pas effacement très considérable de la lumière du canal ». On peut donc voir là un fait bien établi.

4° *Extension à distance* : Enfin, alors qu'il est classique de dire que le cancer de l'œsophage demeure localisé et que les métastases sont rares, nous avons été frappés par la fréquence des lésions métastatiques trouvées dans le foie bourré de noyaux néoplasiques et dans les ganglions mésentériques, sans compter les adhérences avec les organes thoraciques eux-mêmes, trachée, plèvres, poumons, ganglions trachéo-bronchiques qui peuvent être envahis à leur tour. Il semble bien que l'importance des lésions secondaires plus fréquentes que dans la majorité des cas ait pu entraîner une symptomatologie plus bruyante que celle qui est due à la lésion primitive.

En somme, il y a, croyons-nous, surtout deux facteurs anatomiques susceptibles d'expliquer l'absence de la dys-

phagie : ce sont la forme ulcéreuse de la tumeur et son peu d'extension en largeur, c'est-à-dire la rareté de la disposition circulaire.

Une autre question se pose : il est de nombreux cas dans lesquels les lésions organiques revêtent ces caractères et où il intervient un spasme qui attire d'emblée l'attention sur les troubles de la déglutition : pourquoi cet élément fonctionnel s'observe-t-il dans certains cancers et non dans d'autres ? C'est là une question qui n'est pas encore résolue et nous devons nous borner à constater des faits.

DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES

On peut avoir recours aux agents physiques :

1° A la *curiethérapie* qui a d'ailleurs à son actif, plus de succès temporaires par amélioration de la dysphagie que de guérisons véritablement durables ; ceux qui ont eu recours à ce traitement connaissent les résultats parfois remarquables qu'il peut donner et que les travaux de Guisez, de Dufourmentel et de Moulonguet ont contribué à faire connaître en France.

On a publié des cas de survie de deux, trois et même de quatre ans (Guisez). Holtz croit avoir obtenu une guérison complète. En tous cas, même lorsque le calibre de l'œsophage n'est pas notablement diminué, elle aura souvent l'avantage de supprimer les hémorragies et de diminuer les sécrétions fétides.

2° A la *radiothérapie profonde* dont l'application en France est encore récente.

Mais on ne saurait nier qu'aujourd'hui encore la *gastrostomie* demeure la grande ressource dans les cancers de l'œsophage ; pour les cas sans dysphagie qui nous intéressent ici son indication peut être discutée.

De nombreux auteurs sont partisans de la gastros-

tomie systématique et précoce dont l'indication est posée dès que le diagnostic est fait : sans doute, par la mise au repos de l'organe arriverait-on ainsi à ralentir l'évolution du néoplasme constamment irrité par le passage des aliments ; mais il paraît bien peu probable que les intéressés consentent à cette intervention qu'aucun symptôme fonctionnel ne paraît imposer.

Néanmoins la gastrostomie garde une indication fréquente, car dans de nombreux cas elle pourra être effectuée comme temps préalable à l'application des tubes de radium. Enfin, comme adjuvant du traitement physiothérapique, on recourra à une thérapeutique accessoire mais toujours utilisable : on surveillera le régime alimentaire qui comprendra uniquement des aliments liquides et pâteux, on instituera des médications eupeptique et surtout tonique (jus de viande, fer, arsenic) et, si besoin, calmante, de façon à rendre plus douce et plus tardive la mort qui, malgré les réels progrès de la thérapeutique demeure encore la terminaison inévitable de tous les cancers de l'œsophage.

CONCLUSIONS

I. — S'il est assez fréquent de voir des néoplasmes gastriques revêtir une symptomatologie œsophagienne (cancer propagé au cardia, spasme réflexe de l'œsophage, linite plastique, gros cancer bourgeonnant), il est beaucoup plus rare de constater l'existence de cancers de l'œsophage dont l'aspect clinique est celui d'un néoplasme gastrique.

II. — On peut distinguer deux variétés principales de cette forme clinique :

1° Cas où la dysphagie est tardive, mais survient après une longue période caractérisée par des troubles gastriques (dyspepsie, douleurs épigastriques, vomissements alimentaires, hématemèses) et un fléchissement de l'état général.

2° Car où la dysphagie demeure constamment et totalement absente ; ils se manifestent par :

a) Des troubles dyspeptiques (lenteur des digestions, ballonnement, malaises post-prandiaux) accompagnés de

vomissements survenant en dehors de l'ingestion des aliments.

b) Une anorexie progressive avec dégoût électif pour la viande et les graisses.

c) Des douleurs épigastriques atteignant parfois une très grande intensité.

d) Des hématomèses d'un sang souvent noir et mêlé de caillots ;

e) Une cachexie rapidement profonde avec amaigrissement, perte absolue des forces, teinte jaune paille du visage.

Il est à noter que les métastases viscérales (foie, péritoine, ganglions mésentériques, organes du médiastin) et l'envahissement des ganglions sus-claviculaires sont plus souvent constatés que dans les formes ordinaires du cancer de l'œsophage.

III. — Le diagnostic peut s'appuyer sur l'apparition de quelques symptômes cliniques spéciaux (sialorrhée, complications pleuro-pulmonaires, etc., mais surtout il est établi de façon certaine grâce aux moyens directs d'exploration :

1° Cathétérisme: procédé aveugle à rejeter.

2° Radioscopie après ingestion de sel de bismuth ou de baryte.

3° Œsophagoscopie qui permet, dans le cas douteux, de pratiquer une biopsie.

IV. — Au point de vue pathogénique :

1° Les troubles dyspeptiques sont dus, pour partie, à des altérations de la muqueuse gastrique dont peuvent

témoigner les troubles de sa sécrétion (absence de H Cl libre, disparition presque totale de l'acidité, etc).

2° L'absence de la dysphagie s'explique par la localisation habituelle du cancer à un point limité de la paroi de l'œsophage et par la prépondérance des formes ulcéreuses par rapport aux formes bourgeonnantes : la sténose est donc nulle ou très peu marquée.

V. — Le traitement doit être celui de tous les cancers de l'œsophage ; l'absence de la dysphagie rend presque nulles les indications de la gastrostomie (réserve faite de la gastrostomie préalable aux tentatives de curiethérapie).

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
COLLET.

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 9 Juin 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P^r le Président du Conseil de l'Université :

LE VICE-PRÉSIDENT,

JEAN LÉPINE.

BIBLIOGRAPHIE

- BARJON (F.). — Examen radiologique de l'œsophage (*Lyon méd.*, 10 mars 1922.)
- BENSAUDE. — Cancers multiples du tube digestif (*Gaz. Hôp.*, 1907, p. 1323.)
- BERTHIER. — Les sténoses du cardia (causes, signes et diagnostic) (*Thèse de Paris*, 1908).
- BERTRIN. — De l'œsophagisme dans ses rapports avec les lésions de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin (*Thèse de Paris*, 1885).
- BONNARD. — Le cancer de l'œsophage sans signes cliniques œsophagiens (*Thèse de Paris*, 1921).
- BOUCHUT. — La forme œsophagienne du cancer de l'estomac (*Journ. de méd. de Lyon*, 1920, p. 201).
- CADE. — Sur une forme larvée du cancer de l'œsophage (forme gastralgique) coexistence d'un mégaduodenum (*Lyon méd.*, 10 juillet 1920, p. 590).
- Les symptômes œsophagiens et périœsophagiens dans le cancer de l'estomac et la linité plastique (*Arch. mal. app. digestif*, 1911, p. 611).
- CADE et REVOL. — Cancer de l'œsophage ouvert dans la trachée et stimulant une affection pulmonaire (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 1903, p. 456).
- DÈVÉ. — Cancer de l'œsophage latent. Ruptures de l'aorte thoracique (*Rev. méd. de Normandie*, 1907, p. 95).
- DIEULAFOY. — *Manuel de Pathologie interne*, t. II.
- GALLIARD. — Cancer de l'œsophage (*In traité Brouardel-Gilbert-Thoinot*).

- GANGOLPHE. — Cancer de l'œsophage (*In traité Le Dentu et Delbet*).
- GIRODE. — *Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, 1891, p. 653.
- GOUGEROT. — *Bull. et mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 1905, p. 656.
- GUISEY. — Signes fonctionnels du cancer de l'œsophage (*Bull. d'O R L*, mai 1920).
- *Traité des maladies de l'œsophage.*
- HARTMANN. — Cancer de l'œsophage (*In traité de Chirurgie L. Duplay et Reclus*).
- HYMAN. — An unusual case of carcinoma of the œsophagus (*New-York Méd. Journ.*, 1919, p. 759).
- LAMY (L.). — Etude de statistique clinique de 134 cas de cancers de l'œsophage et du cardia (*Thèse de Paris*, 1910).
- LEGENDRE. — Etude des fonctions gastriques au cours des sténoses œsophagiennes (*Thèse de Paris*, 1907).
- LETULLE. — Cancers multiples du tube digestif (*Presse méd.*, 15 mai 1897).
- LEVOYER. — Le cancer latent de l'œsophage (*Thèse de Paris*, 1879).
- MARCOU. — Suc gastrique et cancer de l'œsophage (*Arch. gén. de Méd.*, 1906, t. II).
- MATHIEU et SENCERT. — *Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage.*
- MORÉAS SARMENTO (F. DE). — Quelques notions cliniques sur une statistique de 172 cas de cancers de l'œsophage et du cardia (*Arch. mal. app. dig.*, 1918, p. 71).
- MUNIER. — Formes cliniques et diagnostic du cancer de l'œsophage (*Thèse de Bordeaux*, 1898).
- ELDON PRATT (M.-D.). — A case of cancer of the œsophagus of unusual type (*Lancet Lond.*, 1907, t. I, p. 423).
- RATHERY (F.). — Cancer de l'œsophage (*Manuel des maladies du tube digestif de Debove-Achard-Castaigne*, Paris, 1907).
- ROGER. — Réflexe œsophago-salivaire (*Presse méd.*, 14 déc. 1904, 8 mars 1905).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	7
ETUDE CLINIQUE:	
I Cancers de l'œsophage à début gastrique et à dysphagie tardive.....	11
II. Cancers de l'œsophage sans dysphagie à type de néoplasme gastrique.....	18
DIAGNOSTIC	33
PATHOGÉNIE.....	39
DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES	46
CONCLUSIONS.....	49
BIBLIOGRAPHIE	53
